LaJornada NUM. 21 / ABRIL 2 DE 1998

LETRA S

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA





Lorena Campbell



Francisco Mata



Marcela Noguez



Francisco Mata

DF/VIH CAPITAL DE LOS RIESGOS Y LOS CONTRASTES

LOS PLACERES NOCTURNOS, LA REGLAMENTACION DE LAS CONDUCTAS Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE MEXICO

EDITORIAL

La mayoría de los reportes presentados en Chicago, en la V Conferencia de Retrovirus y Enfermedades Oportunistas, en febrero pasado reafirman la esperanza y el optimismo sobre la efectividad de las múltiples terapias para combatir el sida. Aún más, el uso de otros fármacos, como la hidroxiurea, utilizados para combatir otras enfermedades, muestran resultados también alentadores. Los reportes de algunos países indican el abatimiento de la mortalidad por sida en porcentajes importantes gracias al uso de estas terapias. Es un hecho que si bien no constituyen la tan anhelada cura, sí prolongan y mejoran la calidad de vida de los pacientes afectados. Ponerlas al alcance de quienes las requieren es hoy un imperativo moral. Así se dijo y se entendió en el Foro Legislativo sobre Sida realizado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Ahí quedó claro que en esta materia (el proporcionar los medicamentos necesarios a la población necesitada), como en lo relativo a las reformas legislativas necesarias para proteger los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida, nuestro país muestra rezagos en comparación con el avance presentado por especialistas de otros países. El compromiso asumido por los legisladores presentes en dicho Foro de trabajar con las organizaciones civiles participantes para avanzar en la búsqueda de soluciones legislativas que garanticen los derechos humanos y a la salud de las personas que viven con el virus es un paso importante que conviene seguir y vigilar para que, como afirmó el diputado Santiago Padilla, presidente de la Comisión citada, no quede en letra muerta •

Num. 21 / abril 2 de 1998

LETRA S
SALUD ♦ SEXUALIDAD ♦ SIDA

Directora General: Carmen Lira Saade
Director Fundador: Carlos Payán
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Lilia Rubio, Manuel Figueroa, Jorge Huerdo, Francisco Garibay, Manuel Zozaya
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Marina Sánchez de Tagle
Publicidad: Moisés López/Luz María Linares
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia, Estela Guzmán.

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169, Certificado de Licitud de Contenido N°6418, Reserva al Título en Derechos de Autor N°3389/95 y Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N°004507/97 del 26 de noviembre de 1997. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Cuitláhuac N°3353, Col. Ampliación Cosmopolita, Azcapotzalco, México, D.F.

Zempoala N°9-205, Col. Narvarte
03020, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400
E-mail: letrassida@laneta.apc.org

NotieSe

La uña de gato es sólo un suplemento nutricional

La uña de gato (*Uncaria tomentosa*) es tan sólo "una planta promisoria para el tratamiento del cáncer". De acuerdo con estudios de laboratorio, el vegetal peruano contiene diez principios activos diferentes entre alcaloides y glucósidos, para ser usados en diversos tipos de cáncer, aunque todavía no ha sido posible establecer cómo funcionan. El médico peruano Fernando Cabieses apuntó lo anterior y agregó que la falta de articulación de la medicina tradicional con la científica ha originado una "crueldad inaudita" en personas inescrupulosas y estafadoras que comercializan la uña de gato como curadora del cáncer e incluso del sida. Desde 1993 —cuando emerge la planta desde la medicina tradicional— hasta 1997 Perú ha exportado 1,269 toneladas de corteza de este vegetal, ya sea industrializada o trozada. Esto ha ocasionado una seria devastación en las áreas de cultivo circundantes a los poblados de la selva. "La comunidad hispano americana —concluyó el galeno— consume toneladas de uña de gato en la creencia de que es una medicina, cuando en realidad es un suplemento nutricional." (**AFP**)

Viñetas: Demián Flores

Falleció precursor del uso del AZT

El bioquímico estadunidense George Hitchings, Premio Nobel de Medicina 1988 por sus investigaciones en farmacología y mecanismos del sistema inmunológico, falleció a principios del mes pasado a los 92 años de edad. Durante su labor profesional realizó numerosas investigaciones que fundaron terapias revolucionarias para el tratamiento de la leucemia, malaria y desórdenes del sistema inmunológico e hizo posible los primeros transplantes de órganos, así como la aplicación del AZT para tratar el sida. Junto con la doctora Gertrude Elion es considerado fundador de la quimioterapia. Ambos desarrollaron, desde 1944, una sustancia farmacéutica tras otra y ofrecieron una primera ayuda para muchas enfermedades hasta ese momento incontroladas. El bioquímico trabajó durante 33 años para la empresa farmacéutica Burroughs Wellcome, actualmente Glaxo Wellcome. (**Agencias**)

Se reducen ETS mil por ciento por uso de condón

Una campaña que incentivó el uso de preservativos en el ejército tailandés redujo significativamente las infecciones por VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), según una investigación de la Universidad John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos. El estudio fue realizado sobre dos grupos de soldados de las provincias del norte de Tailandia. El primero fue investigado entre 1991 y 1993, y el segundo entre 1993 y 1995. Cuando el segundo grupo estaba siendo evaluado, el índice de infectados con el VIH descendió 500 por ciento, y el de ETS mil por ciento. El profesor David Celentano, de la mencionada universidad, señaló que estos resultados muestran "cuan importante es educar sexualmente a gente activa en el uso de preservativos." (**AFP**)

Experimentan nueva multiterapia

Una triterapia que utiliza tres antivirales permitió mantener el volumen de VIH en niveles indetectables durante un año en pacientes seropositivos. El doctor Julio Montaner, de la Red Canadiense de Experimentos sobre VIH, informó que en varios centros médicos de Estados Unidos, Canadá, Italia, Holanda y Australia se probó una multiterapia que combinó tres anti-nucleosídicos, el Viramune (nevirapina), el Retrovir (zidovudina, AZT) y el Videx (didanosina, ddI). Los niveles indetectables —con una reducción de 99 por ciento de la carga— fueron obtenidos en 51 por ciento de los pacientes tratados. Estos resultados indican, de acuerdo con el doctor Montaner, que una supresión completa y continua de la duplicación del virus puede ser obtenida siguiendo un régimen simplificado, fácil de seguir, sin necesidad de anti proteasas. (**AFP**)

Tuberculosis e "ideología de mercado" plantean desafíos

La tuberculosis es una enfermedad que está en plena expansión, principalmente entre los afectados por el VIH, según un reporte del Programa de las Naciones Unidas para el Sida (Unaids, por sus siglas en inglés). Para el año 2000 se estima que 200 millones de personas enfermarán, de las cuales 70 millones morirán. El riesgo de enfermar de tuberculosis es para un seropositivo 30 veces más alta, además de que es la causa de muerte más frecuente entre los pacientes con sida. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) responsabilizó a 16 países en desarrollo, entre ellos Brasil y México, de actuar con demasiada lentitud en el control de la tuberculosis. Otros investigadores señalan que tratamientos muy eficaces contra la tuberculosis han estado disponibles por más de cuatro décadas, pero languidecieron porque la comunidad internacional no ayudó a los países más pobres a crear la infraestructura necesaria para su tratamiento y control. Según la OMS, los ocho países de ingresos medios o medios altos de la lista (Brasil, Filipinas, Indonesia, Irán, México, Rusia, Sudáfrica y Tailandia) cuentan con los recursos financieros para hacer frente a la tuberculosis, pero se han retrasado demasiado en la implantación o ampliación del tratamiento. Y esta inadecuada gestión de los programas contra la tuberculosis causa la aparición de nuevas variedades de la enfermedad, resistentes a los fármacos, que podrían hacerla incurable. Una persona con tuberculosis contagia en promedio a 15 individuos por año, y esto ocurre como con un inofensivo resfrío, por la emisión de gotitas de saliva o moco que contienen bacilos al toser o simplemente respirar. Entre 2 y 3 millones de personas mueren cada año de tuberculosis, mientras que la cantidad de enfermos se incrementó entre 1993 y 1996 en 13 por ciento. (**Agencias**)

Rechazan pruebas obligatorias en Jamaica

El Comité Nacional de Sida de Jamaica inició una campaña para oponerse a la obligatoriedad de los exámenes de detección de anticuerpos al VIH, luego de que se detectó que varias compañías exigen, además de las pruebas, un resultado negativo para otorgar o incluso mantener el empleo. Los miembros de la Fuerza de Defensa de Jamaica son sometidos a la prueba cada año, y en lo que va de éste se ha negado el ingreso a dos mujeres porque resultaron positivas. Esta medida implica que trabajadores bien calificados queden excluidos o no puedan permanecer en puestos que han ocupado con eficiencia por largo tiempo. Ante ello, el Comité Nacional exhortó al gobierno a diseñar una política sobre sida y aprobar una legislación que proteja la privacidad de las personas infectadas y minimice la discriminación contra ellas. Se estima que desde 1982 alrededor de 2,400 personas se han infectado con el VIH, de las cuales 1,320 han muerto. (**IPS**)

Presentarán en la Cumbre de las Américas declaración de derechos homosexuales

Con el propósito de "dar un paso gigante por nuestros derechos humanos y la visibilidad social", cuatro agrupaciones chilenas de minorías sexuales están impulsando una iniciativa de *Declaración sobre los derechos humanos de gays, lesbianas, bisexuales y transgéneros en la región americana* que, de concretarse, se presentaría de manera pública y conjunta a los 17 jefes de Estado que se reunirán en Santiago de Chile del 15 al 19 de abril, con ocasión de la II Cumbre de las Américas. La estrategia se basa principalmente en la organización y participación comunitarias en cada uno de los países, con lo que además se espera apoyar el trabajo de organizaciones de minorías sexuales en la región. Las organizaciones promotoras de esta declaración están gestionando entrevistas con los presidentes de Canadá, Estados Unidos, México, Ecuador y Brasil, entre otros. A la fecha se han adherido a la iniciativa 20 agrupaciones de Estados Unidos y de varias naciones de América Latina. La declaración cuenta con el apoyo de la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays (ILGA), así como de la Comisión Internacional de Derechos Humanos de Lesbianas y Homosexuales de San Francisco. Las adhesiones a esta declaración pueden enviarse a los correos electrónicos:
letrassida@laneta.apc.org
careaga@servidor.unam.mx

Contra la desinformación y las falacias

EFICACIA DEL CONDON

En febrero pasado, el señor José Barroso Chávez, presidente vitalicio de la Cruz Roja Mexicana atrajo un alud de críticas por sus declaraciones en las que afirmó que los condones fallan en 40 por ciento. En días pasados volvió a reiterar sus ataques al condón e insistió en apoyar sus aseveraciones en los estudios de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta (una de las máximas autoridades a nivel mundial en la materia), porque, según él, "dicen exactamente lo mismo que yo". Sin el afán de hacer quedar mal a tan honorable filántropo, quien afirma que las campañas preventivas de Conasida "están basadas en falsedades", reproducimos parte del documento que dichos Centros enviaron a Conasida, en donde dejan claro cuál es el resultado de sus estudios.

Luis Reyes

¿Qué tan efectivos son los condones de látex para prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?
Estudios de laboratorio muestran que los condones de látex son muy efectivos para prevenir la transmisión del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estudios efectuados en la vida real de parejas serodiscordantes (en las que uno de los miembros está infectado y el otro no) muestran los mismos resultados.

Tres grandes estudios efectuados recientemente siguieron a 245, a 305 y a 177 parejas serodiscordantes. Entre aquellas que no usaron el condón en todas las ocasiones (usuarios inconsistentes) se observó una tasa de 4.8, 7.2 y 6.8 seroconversiones por cada 100 años persona (es decir, que si se hiciera un estudio siguiendo a 100 parejas durante un año existiría este número de seroconversiones, (n. del traductor.) En cambio entre las parejas que sí usaron el condón consistentemente sólo hubo 0, 1.1 y 1.0 seroconversiones por cada 100 años-persona. Estos estudios muestran que los condones de látex son altamente efectivos para proteger de la infección por VIH y apuntan a la necesidad de promover su uso correcto y consistente.

¿Qué significa correcto y consistente?
Consistente quiere decir usar un condón cada vez que se tengan relaciones sexuales (100 por ciento de las ocasiones, sin excepción).

Correcto significa seguir los siguientes pasos:

• Tener cuidado al abrir el empaque, los dientes y uñas pueden rasgar el condón. Los lubricantes basados en aceite, como las cremas o vaselinas deterioran los condones. Guárdense en un lugar fresco y seco. El calor daña los condones. Usense antes de la fecha de caducidad. No se utilicen si están pegajosos, quebradizos, descoloridos o rotos.

• Colóquese el condón en el pene erecto antes de que éste toque cualquier parte de la boca, ano o vagina de la pareja. Si el pene no está circuncidado, jale el prepucio hacia atrás antes de colocar el condón.

• Para colocar el condón sujétese de la punta cerrada de manera que no quede aire adentro. Déjese un espacio en la punta que sirva como receptáculo para el semen. Después desenróllese hasta la base del pene.

• Si el condón se rompe o se desliza durante el acto sexual hay que detenerse y cambiarlo. Síganse bien las instrucciones. Cuando los condones se rompen, se deslizan o tienen filtraciones por lo general se debe a errores del usuario, no del producto.

• Después de la eyaculación, hay que retirarse de la pareja antes de que el pene se ablande. Sosténgase el condón con la mano mientras se retira de la pareja para evitar que se riegue el semen. Tírese el condón a la basura, no al excusado. No se deben reutilizar los condones.

¿No es ingenuo pensar que la gente puede usar los condones consistentemente?
No. Estudios efectuados en cientos de parejas muestran que el uso consistente del condón es posible cuando la gente tiene la habilidad y la motivación para usarlo. Una de las motivaciones principales para usar un producto (ya sea un condón o una pasta de dientes) es la confianza en su efectividad. Es muy importante combatir la desinformación sobre los condones. La gente escéptica sobre los condones difícilmente los va a usar, pero eso no quiere decir que no va a tener relaciones sexuales. Las relaciones sexuales desprotegidas les pueden poner en riesgo de adquirir una infección por VIH y otras ETS.

¿Qué hay acerca de la tasa de fallas del condón?
Este es un término muy impreciso. Frecuentemente ha sido usado para referirse a mujeres que reportaron estarlo usando como medio de control natal y que, sin embargo, quedaron embarazadas porque no lo usaron en 100 por ciento de las ocasiones que tuvieron relaciones sexuales. Los estudios que no trazan una distinción entre los usuarios consistentes, los inconsistentes y los no usuarios no pueden referirse adecuadamente a la efectividad del condón.

¿El látex tiene agujeros?
No. Los condones de látex regulados por la FDA (Food and Drug Administration) deben pasar por pruebas muy estrictas, que incluyen la búsqueda de agujeros, antes de ser vendidos. Estas pruebas son llevadas a cabo por los fabricantes. Cada condón es probado electrónicamente. Si se encuentran defectos en un condón todo el lote es regresado. Un lote típico de condones está libre de defectos en 99.7 por ciento •

Tomado de: *UpDate*, abril de 1997. CDC y NCHSTP.
Selección y traducción de textos: Manuel Zozaya.



Derecho a la salud para todos
El cumplimiento y aplicación irrestricta del derecho a la salud fue la exigencia central de la participación del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida (FrenpaVIH) en el Foro Internacional sobre VIH/sida: reto social y desafío legislativo, convocado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, y que se realizó del 25 al 27 de marzo en el Distrito Federal. A lo largo de ese Foro, diversos especialistas científicos, legislativos y activistas nacionales y extranjeros señalaron la necesidad de brindar a las personas que viven con el virus la atención necesaria en base a la tecnología más avanzada. Por su parte, FrenpaVIH presentó la propuesta que desde noviembre pasado había entregado a la actual Comisión de Salud sobre un presupuesto especial para dar atención a todos los mexicanos que viven con VIH/sida y sin seguridad social. Esta propuesta, basada en información oficial, técnica y estadística, solicita la inversión de 46 millones de dólares para salvar las vidas de 12 mil personas infectadas y desprotegidas. La propuesta incluye una serie de recomendaciones al Sistema Nacional de Salud para garantizar que la inversión presupuestal pueda cubrir las necesidades de atención. También externó su preocupación sobre la creación del Fonsida, que bajo la figura de asociación civil pretende operar un fideicomiso con aportaciones públicas y privadas para la compra de antirretrovirales para personas con VIH sin protección social. Fonsida iniciará sus actividades con niños y niñas y con mujeres embarazadas, cubriendo así únicamente a alrededor de 1 por ciento de la población afectada. FrenpaVIH no descalifica esta acción necesaria, pero afirma que esto de ninguna manera exime al gobierno de asumir su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud al resto de las personas afectadas. Según estimaciones recientes, en México viven hoy con VIH/sida 24 mil mexicanos(as), de los cuales poco más de la mitad no cuentan con ningún tipo de seguridad social. Del total de los casos vivos, 12.40 por ciento corresponde a mujeres, 3.09 a menores de 18 años, y 84.51 por ciento a hombres. ¿A quién corresponde la protección de 99 por ciento de personas con VIH/sida (cerca de 11,880) que no cuentan hoy con seguridad social? (**Comisión de Prensa y Difusión/FrenpaVIH**)•

El VIH/sida: reto social y desafío legislativo

MANUEL ZOZAYA

El acceso a los antirretrovirales por parte de las personas que viven con VIH sigue siendo una de las cuestiones más candentes en cuanto a la epidemia de VIH/sida en nuestro país, así quedó expresado durante el Foro Internacional "El VIH/sida: Reto social y desafío legislativo", convocado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, que preside el doctor Santiago Padilla, quien afirmó que es necesario legislar "para que no tengamos que avergonzarnos nunca más porque un médico le diga a su paciente '¿para qué te voy a dar esos medicamentos tan caros si de todo modos te vas a morir?'".

Al respecto la doctora Patricia Uribe, coordinadora del Conasida, señaló que el Fonsida, de reciente creación, pretende ofrecer apoyo para la adquisición de medicamentos a personas que no tienen seguridad social ni recursos (aproximadamente 50 por ciento de las personas que viven con VIH en la actualidad). Con su capital inicial de 30 millones de pesos dicho Fondo atenderá únicamente a los niños y las mujeres embarazadas que tienen VIH, grupo que no pasa de 1 por ciento de las personas que viven con el virus, por lo que las mujeres integrantes del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH) se preguntaron si para obtener los ansiados medicamentos van a requerir embarazarse. Así mismo la doctora Uribe afirmó que existen dilemas éticos como el hecho de que "yo no puedo hacer un estudio clínico terapéutico y después suspender el medicamento dejando a la gente sin la posibilidad de continuar recibiéndolo, generando resistencia al mismo." Al respecto, el licenciado Pedro Morales Aché recordó el juicio promovido por pacientes del protocolo humanitario, que recibían medicamentos gratuitos mensualmente por parte del Conasida. El año pasado algunas autoridades del consejo decidieron que esto era una desviación de las actividades del Conasida y que éste carecía de recursos para ello, por lo que se canceló este protocolo. Los pacientes promovieron un juicio de amparo mediante el cual se logró que siguieran obteniendo los medicamentos. El proceso llegó hasta la Suprema Corte de Justicia, que se declaró incompetente y regresó el caso al Tribunal Colegiado. Mientras tanto un paciente ha muerto y otros se han agravado. Este caso es un ejemplo de lo que el licenciado Morales menciona cuando se refiere a que "el derecho a la protección de la salud fue incorporado al artículo 4 constitucional, sólo para que el Estado se refugie en una pretendida insuficiencia de recursos que le permite a las autoridades sanitarias manejarlos arbitraria y discrecionalmente". En este punto Morales Aché recordó cómo sí ha habido recursos para salvar a la banca y las carreteras, pero no a las personas que viven con VIH/sida.



Presupuesto para la compra de medicamentos demandó el FrenpaVIH a los diputados en el Foro Legislativo

Ante un auditorio lleno, en donde lo más notorio era la ausencia de los legisladores en su propio recinto, Jorge Huerdo, del FrenpaVIH, calculó que si se hicieran compras consolidadas por parte de las instituciones de salud, se podrían obtener descuentos de hasta 75 por ciento en la compra de AZT y de 20 por ciento en el resto de los medicamentos, por lo que esta Legislatura necesitaría autorizar un estimado de 370 millones de pesos, cantidad que según sus apreciaciones no será cubierta por las aportaciones al Fonsida, el cual, según el licenciado Huerdo no es más que un intento por trasladar la responsabilidad del Estado a la sociedad, privatizando de ese modo la atención del sida.

Por su parte el doctor Julio Barrios, del Ministerio de Salud de Brasil, abordó el tema de las políticas públicas y la movilización social, en donde citó una recomendación del Banco Mundial (BM) en el sentido de que *el Gobierno no puede relegar la lucha contra el VIH/sida para el sector privado*. Así mismo recordó cómo el Fondo Monetario Internacional (FMI), hace un llamado a los gobiernos democráticos para que recorten el gasto en armamento y aumenten el gasto social en salud y educación. Es decir que las dos instituciones neoliberales por excelencia, están reconociendo la urgencia de la intervención pública en la cuestión de la epidemia del sida. Una calurosa ovación despidió la ponencia del doctor Barrios, reconocido entre los militantes mexicanos por su labor infatigable en pro de quienes viven con VIH.

Acerca de la prevención de la infección por VIH el doctor José Antonio Izazola, coordinador ejecutivo de la Iniciativa Regional para América Latina y El Caribe (Sidalac), insistió en la necesidad de focalizar las campañas hacia los grupos humanos con mayor prevalencia de infecciones, tales como los hombres que tienen sexo con otros hombres e incluso las trabajadoras (y trabajadores) del sexo comercial, ya que las campañas a población abierta son poco efectivas y no evitan el crecimiento de la epidemia, situación que ya había sido reconocida por la doctora Uribe en la sesión inaugural.

Por último y ante un estrado prácticamente inundado por los pasamontañas blancos del FrenpaVIH, se dio lectura a los compromisos que, en el transcurso de los tres días de trabajo, se lograron entre los legisladores, los representantes de las asociaciones civiles y las personas que viven con VIH, con la asesoría de expertos nacionales e internacionales participantes en este Foro. De entre estos cabe destacar el diálogo que se propone entablar el poder legislativo con el ejecutivo con el fin de apoyar la adopción de medidas legislativas y presupuestales necesarias para la atención integral de las personas con VIH/sida, recogiendo las recomendaciones emanadas de las directrices internacionales sobre derechos humanos y sida del Programa de las Naciones Unidas para el Sida (Onusida), así como promover la voluntad política a favor de la adopción de leyes y normas acordes con los principios de la ética y los derechos humanos.

El Himno Nacional y la esperanza de que, ahora sí, sean atendidos los múltiples reclamos de nuestra sociedad para la atención de quienes viven con VIH y la adopción de medidas efectivas para la educación sobre la prevención del VIH, enmarcaron la clausura de este Foro ●

Crónica Sero

JOAQUIN HURTADO

Chava se apagó. Chava no tenía más que rabia e impotencia. Esa mañana se tragó cuantas píldoras encontró sobre la mesita. Lo encontraron bocabajo, con la soledad incrustada en las pupilas y la espuma del desprecio en la boca.

Murió en un camastro como nunca lo imaginó ningún otro miserable: rodeado de flashazos y reporteros, quienes consignaron con saña una truculenta historia para ejemplo de todos los maricas con sida. Por si no fuera suficiente, dieron santo y seña con nombre, apellido y domicilio del suicida. Chava se fue pero no se fue. Lo peor de su vida quedó como único legado para una azorada familia.

Todo esto lo recuerdo mientras escucho la desganada intervención del doctor Tapia Conyer en la inauguración del Foro Legislativo el pasado 25 de marzo. Luego vendría la paradisiaca ponencia de la doctora Uribe, donde habló de un etéreo Programa Nacional. Puras palabras, humo, nada sobre el vertiginoso vacío donde se pierden nuestros Chavas.

Me hubiera gustado ver el rostro del Secretario de Salud cuando le llovían pedradas de todo el país y de otras naciones por su obcecada negación frente al litigio de los enfermos del protocolo humanitario, o por su tramposo Fonsida, o por el invisible recurso que se asigna al sida. Pero sobre todo me imagino su mueca cuando caiga en la cuenta de que, sin querer queriendo, el diputado Santiago Padilla y algunos humildes activistas le acomodaron un fenomenal golazo político.

Aproximaciones a las condiciones de salud de una gran urbe

JOSE BLANCO GIL, OLIVIA LOPEZ ARELLANO Y JOSE ALBERTO RIVERA

En el D.F., se observan procesos de segregación socioterritorial y polarización de las condiciones de y para la salud, profundizados por la reestructuración neoliberal que el territorio urbano ha sufrido durante los últimos 15 años. Así, se identifican delegaciones cuyos pobladores comparten mayoritariamente condiciones de vida muy precarias (Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco e Iztapalapa) y delegaciones cuya población tiene en promedio mejores condiciones de vivienda, equipamiento urbano e índices de escolaridad, pero con enclaves de deterioro (ver mapa con índice de Condiciones de Vida).

Las precarias condiciones de vida de muchos de los capitalinos se expresan, entre otras cosas, en elevados índices de enfermedad, muerte prematura, discapacidad y sufrimiento. Así, la población que vive en el D.F. presenta condiciones de salud muy complejas, donde coexisten enfermedades infecciosas y carencias, con patología crónica y problemas derivados de la violencia, la inseguridad y los accidentes.

Entre las principales causas de enfermedad se identifican las enfermedades respiratorias agudas, las infecciones intestinales, los traumatismos y envenenamientos, la amibiasis, las parasitosis, la hipertensión arterial y la diabetes. Los problemas de salud que provocan más muertes en la ciudad son: las enfermedades de corazón, los tumores, la diabetes y los accidentes.

A pesar de que el comportamiento de la mortalidad general e infantil es descendente, se observa una desaceleración de esta tendencia y sobre todo una enorme desigualdad entre las delegaciones. Respecto a las condiciones de salud coexisten proporciones muy altas de enfermedades infecciosas y carencias en delegaciones como Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa, prevalencias elevadas de enfermedades crónicas y, zonas donde la violencia y los accidentes generan un grave problema de lesiones (por ejemplo, Cuauhtémoc y Cuajimalpa).

Las diferencias de mortalidad infantil entre las delegaciones van de 16 defunciones en menores de un año por cada mil nacidos vivos registrados (NVR) a 31 por mil NVR, en donde delegaciones como Cuajimalpa, Magdalena Contreras e Iztapalapa presentan la mortalidad más elevada. Además de estas desigualdades, la velocidad en el descenso de la mortalidad infantil ha sido diferencial. Por otro lado, en más de la mitad de las delegaciones en el periodo 1980-1995, la mortalidad general ha variado muy poco (Cuauhtémoc, Milpa Alta, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Azcapotzalco, Alvaro Obregón, Iztapalapa, Coyoacán y Tláhuac).

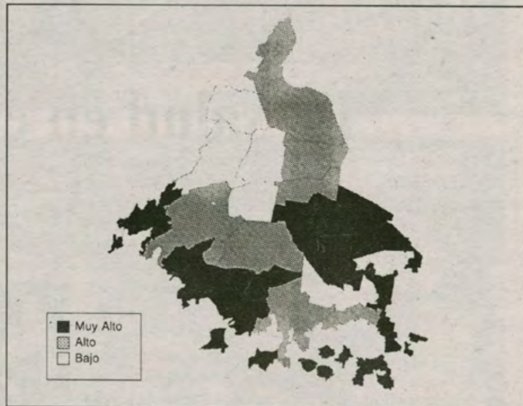
Utilizando algunos de los indicadores mencionados arriba es posible calificar a las distintas delegaciones del D.F., en tres categorías: muy alto, alto y bajo según Nivel de Riesgo/Daño (ver mapa Riesgo/Daño).

A esta desigualdad ante la enfermedad y muerte, se suma el deterioro de los servicios públicos de salud por el desfinanciamiento prolongado, la corrupción y su reorganización en una lógica bipolar de *beneficencia para los "pobres"* y *mercantilización para "clientes potenciales"*; privatizando la producción de servicios rentables, introduciendo el lucro como finalidad de la prestación de servicios y *destruyendo en la práctica el derecho constitucional a la protección a la salud.*

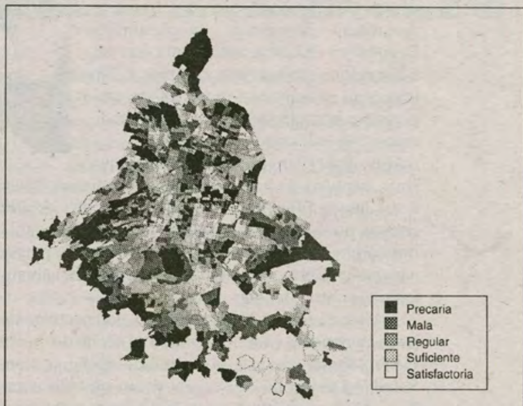
Las condiciones de salud de los habitantes del DF condensan la multiplicidad de carencias y/o elementos de protección que se desarrollan en la ciudad y, sobre todo, para los grupos más vulnerables, son expresión de la capacidad/incapacidad redistributiva de las políticas gubernamentales. Por tanto, la definición de *políticas de salud incluyentes* y *acciones médico-sanitarias intensivas* en las zonas de mayor precariedad deberán ser los ejes de una propuesta de política social integral para el Distrito Federal ●

Investigadores del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X.
Resumen de la ponencia presentada en el Seminario Internacional "La Salud en la Metrópolis". Casa del Tiempo, 5 y 6 de noviembre de 1997.

Delegaciones del Distrito Federal según el Nivel de Riesgo/Daño a la Salud



Indice General de Condiciones de Vida en el D.F.



Fuente: Datos trabajados por Blanco Gil, J.; Rivera Márquez, J.A.; López Arellano, O.; Reyna González, S.P. Monitoreo de diferenciales de salud en el área metropolitana de la Ciudad de México (Proyecto PROURBE). México: UAM-Xochimilco; 1993-98.

Libros

LA REFORMA CONTRA LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL
Asa Cristina Laurell
Ed. ERA, con apoyo de la representación en México de la Fundación Friedrich Ebert.



La Constitución mexicana, en sus artículos 4 y 123, confiere a la protección de la salud y la seguridad social rango de derechos sociales, lo cual significa que representan valores sociales compartidos y prioritarios. En contraste, el neoliberalismo es un proyecto global de reorganización de la sociedad, que para alcanzar su objetivo parte de la destrucción de valores, de derechos y de instituciones que sustentan la forma actual de generar el bienestar y de satisfacer las necesidades sociales.

Con el neoliberalismo, los cambios en la forma de generar bienestar social no son adecuaciones casuísticas o pragmáticas dictadas por las necesidades de la política económica o las fallas institucionales, sino que persiguen refrendar la política social sobre la concepción propia de ese proyecto ideológico.

Asa Cristina Laurell, quien es médica-cirujana y socióloga, sostiene lo anterior y observa que a partir de 1983 se perfiló en México un viraje en las políticas de salud y seguridad social. En este ámbito, dice, se han aplicado con mayor o menor intensidad y bajo distintas modalidades, dos de las estrategias centrales del proyecto neoliberal, que son el recorte del gasto social y el impulso a los agentes económicos privados.

Apoyada con abundantes datos y cuadros comparativos, la autora desmenuza la nueva Ley del Seguro Social y el Programa de Reforma del Sector Salud. Afirma que el impulso a la privatización selectiva de los servicios de salud, amparados por el seguro social, se está dando por el deterioro de las instituciones, cuyo rasgo más sobresaliente es la introducción y el crecimiento acelerado de los seguros médicos privados y, correlativamente, el fortalecimiento de los centros hospitalarios privados.

El nuevo sistema de pensiones, por ejemplo, que transita de la solidaridad intergeneracional y de los trabajadores sanos con los incapacitados o inválidos al control privado por medio de las Afores, más que un simple cambio técnico-administrativo entraña una decisión económico-política que redunda en la mayor transferencia de fondos públicos a los privados.

Autora de otros libros relacionados con la política social, Asa Cristina Laurell asevera que las evidencias empíricas sugieren que las reformas del sector salud provocarán una creciente exclusión y una pronunciada estratificación en el acceso a los servicios y beneficios sociales, en función directa de la inserción laboral y la capacidad económica de cada individuo.

Frente al proyecto neoliberal, la escritora propone una reforma alternativa, cuyo punto de llegada sería la universalización de la seguridad social, la cual se lograría en dos grandes etapas: primero, fortalecer las instituciones públicas de bienestar social y preparar las condiciones para garantizar universalmente los derechos sociales y, después, la integración institucional y ampliación de la cobertura a todos los ciudadanos. (**Antonio Contreras**) ●


Omar Meneses



Francisco Mata


Marcela Noguez

La salud en el DF: las asignaturas pendientes

ANGELES CRUZ

Una "bomba de tiempo" tiene el gobierno del Distrito Federal en el Instituto de Servicios de Salud (ISSDF), luego de que sin planeación alguna la administración anterior decretó la descentralización del sistema. De acuerdo con Francisco Javier Serna Alvarado, presidente de la comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea Legislativa (ALDF), antes tenía que haberse reformado la ley de salud local, fortalecer el presupuesto, adecuar los programas y homologar los salarios y condiciones laborales de los trabajadores.

Al no haber cumplido con estos requisitos, explica, las actuales autoridades tienen frente a sí a un gran Instituto conformado por más de 200 centros de salud y 26 hospitales, así como unos 22 mil empleados, para atender a 4 millones de personas que conforman la población no derechohabiente en la capital del país.

Una limitación más para que las perspectivas de atención médica cambien, está en el hecho de que el ISSDF forma parte de la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social. Es decir, un solo organismo gubernamental cubre los aspectos más importantes de la política social de cualquier gobierno.

La muestra más evidente de este "descontrol" es la conferencia de prensa ofrecida el pasado 24 de marzo, por la titular de esa Secretaría, Clara Jusidman y los responsables de las áreas que conforman a esta dependencia. En una misma mesa estuvieron los directores de salud, educación, del DIF, de Equidad y Desarrollo, del Fideicomiso para la Atención de Niños de la Calle y Adicciones, y de Promoción Deportiva, quienes presentaron a la prensa los objetivos de cada una de estas áreas.

Descentralización y desabasto

Por el ISSDF hizo uso de la palabra, el director Armando Cordera Pastor, quien en unos cuantos minutos expuso la problemática que encontró el nuevo gobierno, los rezagos acumulados durante años y la falta de coordinación en el ámbito administrativo.

Destacó que entre las primeras actividades del ISSDF está capacitar a los trabajadores, en particular a los directivos de las unidades médicas, a fin de que comprendan que "los servicios existen para beneficio de la población", esa es su razón de existir.

Cordera Pastor destacó que 70 por ciento de las acciones en los hospitales corresponden a la atención de partos, mientras que en materia de prevención se refirió a la semana de vacunación, así como a la inmunización de animales domésticos contra la rabia.

Al referirse a la carencia de medicamentos y material de curación, el funcionario comentó que tiene su origen en la falta de normatividad para garantizar un trabajo coordinado entre las distintas áreas de los hospitales y de éstos con el sector central.

Explicó que en realidad el desabasto no existe, sino que más bien hay en los almacenes insumos que no se necesitan, pero también hay allí, en grandes cantidades, otros que los hospitales sí necesitan con urgencia. Una vez que se establezca una mejor coordinación, dijo, los costos de abastecimiento se reducirán en 20 por ciento.

Francisco Mata

Serna Alvarado asegura que no obstante las carencias, es posible empezar a sentar las bases de una descentralización real y mejorar la cobertura sanitaria para los capitalinos.

Por lo pronto, durante la semana pasada se llevó a cabo en la ALDF el Foro de Consulta "Hacia una nueva Ley de Salud en el Distrito Federal", el cual contó con la participación de diversos sectores gubernamentales y de la sociedad.

El objetivo es, plantea Serna Alvarado, recuperar la experiencia de las asociaciones civiles, descubrir sus necesidades y demandas y buscar la mejor forma de incorporarlas a lo que tiene que ser la nueva Ley de Salud.

Por el momento, para el diputado local, la situación "es dramática", y explica: no hay una cobertura suficiente sobre todo en la periferia de la Ciudad (delegaciones Iztapalapa, Milpa Alta, Tláhuac, Gustavo A. Madero) donde hay una "deficiencia terrible" de centros de salud y hospitales.

Además, la participación de la comunidad es prácticamente nula frente a una actitud de indiferencia del personal de salud. Es indispensable, detalló que los servicios de salud dejen de darse como si fuera una limosna porque es un derecho consagrado en la Constitución.

Reconoció, no obstante, que las nuevas autoridades del gobierno del Distrito Federal, han tenido una actitud de apertura hacia las opiniones y reclamos que se le han presentado. En algunos lados, afirmó Serna, ya han empezado a notarse algunos cambios. Destacó, por ejemplo, la decisión de crear comisiones de vigilancia y control de insumos y medicamentos en cada unidad.

Subrayó que la principal actividad debe ser la prevención de enfermedades, pero para eso también se necesita de recursos y el fortalecimiento del sistema de salud. Este año, el ISSDF dispone de un presupuesto de 1,200 millones de pesos, comentó.

Para el diputado perredista, las carencias no deben ser obstáculo para "replanificar" y avanzar en la prevención sin descuidar el aspecto curativo. "Si el ISSDF se aboca a fortalecer el sistema local de salud, incorporando la participación de la sociedad, sin duda se podrá avanzar. No se necesita mucho."

Prioridades del Sector Salud

De acuerdo con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud (Ssa), hay diez programas prioritarios que deben cumplirse en cada una de las entidades de la República, incluido el Distrito Federal: Salud Reproductiva; Atención a la salud del niño; Atención a la salud del adulto y del anciano; Enfermedades transmitidas por vectores (dengue y paludismo, por ejemplo); Zoonosis (rabia); Micobacteriosis (tuberculosis, lepra); Cólera; Urgencias epidemiológicas y desastres; VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), y Adicciones.

Durante la conferencia de prensa de la Secretaría de Educación , Salud y Desarrollo Social, se abordó de manera más específica el tema de las adicciones y la atención a los niños de la calle. Destacó la presentación de la nueva Dirección de Equidad y Género, que buscará "atender los fenómenos de exclusión y de inequidad de grandes grupos de la población constituidos por mujeres, niños y niñas, discapacitados, jóvenes, adultos mayores y población indígena", según explicó el titular de esta área, Federico Martínez.

En tanto, el DIF-DF tendrá una nueva responsabilidad además de las actividades relacionadas con la asistencia social, apoyo a discapacitados y protección jurídica. En esta administración se instalan "ventanillas específicas", para atender "con medidas preventivas y de apoyo, a la población afectada por situaciones de emergencia, como son las personas con VIH/sida, las que sufren adicciones, las situaciones de calle de los niños, la prostitución, la indigencia, a las víctimas de violencia intrafamiliar y las familias de los reclusos", explicó Clara Jusidman.

La funcionaria detalló que ya se ha iniciado una consulta con las organizaciones no gubernamentales (ONG) para definir las políticas de gobierno en estas áreas. Admitió que en 1998 sólo se podrán atender "algunos aspectos de estos grupos" y destacó que para los años subsecuentes se harán previsiones presupuestales para la cobertura de esa población de "alta vulnerabilidad".

A decir de Serna Alvarado, respecto al VIH/sida lo que se requiere es crear un Conasida local que dé atención específica a la población afectada por la epidemia. Coincidió en llamar grupo vulnerable a este sector y destacó que si para una persona "sana" es difícil el acceso a los servicios de salud, "los enfermos de sida, por obvias razones están en una situación más lastimosa".

Afirmó que en esta materia tendrán que reforzarse las campañas de prevención con énfasis en el uso del condón como la mejor alternativa para detener la transmisión del virus.

Sobre el acceso a medicamentos, comentó que no hay una política específica, pero el problema más grave es el alto costo de los fármacos ●

Periodista.

Los placeres nocturnos y la reglamentación de las conductas

CARLOS BONFIL

La vida nocturna en la Ciudad de México durante el periodo de la transición democrática. ¿Qué sabemos hoy de las mil variantes de la oferta sexual en la ciudad de los palacios y de los antros? ¿Cómo operan los bares con licencia de restaurante que prodigan *shows* de *strip-tease* y *table-dance*, los baños de vapor que son templos de la higiene y a la vez lugares de alto riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), los sitios *web* del ligue cibernético, los *chat rooms* como antesalas de la orgía virtual, el mercado sexual en sus múltiples formas, con sus *hot lines*, sus anuncios clasificados, sus clubs de *swingers*, y sus masajistas profesionales que prolongan los orgasmos con técnicas del tai chi, o con la lectura del tarot entre las sábanas?

A finales de los noventa, la Ciudad de México ofrece un panorama muy amplio de posibilidades de goce sexual, desde los barrios más populares hasta las zonas de mayor solvencia económica, de Anillo de Circunvalación al extremo sur de la Avenida de los Insurgentes, y los públicos de antros y bares incluyen hoy, de manera creciente, a las mujeres entusiastas del *table-dance* masculino, a los homosexuales que navegan de la pista de baile de la discoteca de moda al cuarto oscuro del bar con pretensiones *leather*, y a las lesbianas que combinan el ligue, el baile y la partida de billar. Esta proliferación de bares nuevos, más abiertos, más democráticos en su ritual de selección de la clientela, más variados en su oferta de distracción erótica, se da en un momento de enorme inseguridad urbana. Salir de bares, irse de ligue, o como se decía antes, ir de putas, equivale hoy a una incursión temeraria en los terrenos de la extorsión policiaca, el asalto en un taxi, la agresión callejera, la insalubridad, o en la vorágine del sexo inseguro que propicia las infecciones de transmisión sexual, incluída la del sida.

La ciudad de la noche se ha transformado también en capital de la extorsión y de la impunidad. La ausencia de reglamentaciones concretas y transparentes, los espacios vacíos en la legislación, los arreglos entre autoridades y dueños de giros mercantiles, las mordidas, las cuotas, la protección a lo Corleone, todo ello ha generado una cultura de la corrupción y de la clandestinidad. Antes de ser nombrado delegado en la Cuauhtémoc, el arquitecto Jorge Legorreta, en su calidad de investigador de la Ciudad, afirmaba: "Las reglamentaciones actuales están hechas a partir de una cultura contraria al disfrute. Lo asentado en las leyes, en los bandos de policía, en las normas escritas, está asociado al pecado, a lo moral y a lo religioso, y esto ha sido un gran error. Las necesidades surgen, se expresan en la ciudad, y lo hacen de manera clandestina, por lo que todo sale más caro, debido a la mordida y al reglamento que te prohibe que tengas abierto el lugar después de la una o de las tres. De cualquier forma, la sociedad necesita ese espacio y lo seguirá ejerciendo, lo que pasa es que tendrá que ejercerlo con clandestinidad, y esto repercutirá en una mayor delincuencia."

Conocer las reglas del juego

Abrir un bar en México es apostarle a una inversión de alto riesgo. Esta opinión la comparten empresarios que explican que ante la amenaza de cierre por parte de las autoridades, los dueños le meten poco dinero a los bares, y éstos ofrecen servicios de calidad muy baja. Dice Héctor, propietario de un bar con licencia de restaurante: "Hay demasiados requisitos, y muchos de ellos están pensados para una ciudad del primer mundo. Si hubiera cinco o seis que fueran realistas y cumplibles, las cosas cambiarían para bien de todos. Las autoridades tienen que abrir los giros, olvidarse de que sólo tienen dos tipos de licencia, una para cabaret y otra para restaurante-bar. ¿Por qué tendría que ser tan difícil otorgar una licencia de bar? ¿Por qué se prohibirían los videos pornográficos? La mayoría de los lugares los tienen. ¿Y los *strippers*? Si te acogieras a lo que establecen las disposiciones en la materia, no verías *strippers* en ningún lugar del D.F., porque éstos tendrían que estar afiliados a la ANDA y tendría uno que pagar mil pesos por cada *stripper* en cada actuación. No hay bar que lo resista."

El cumplimiento estricto de los reglamentos, tal como existen ahora, conduciría a muchos bares a la quiebra. Aquellos dueños capaces de soportar las cargas de la discrecionalidad instituida, pueden sobrevivir, en ocasiones de manera óptima, pero los dueños con menor capacidad económica cierran a los pocos meses o mantienen el bar en condiciones deplorables, con la amenaza de una intervención punitiva de las autoridades.

¿Cómo se origina la dinámica de la corrupción? ¿De qué manera ha funcionado el pago de protección de las autoridades? Herrera, propietario de varios giros mercantiles relacionados con la oferta sexual, señala: "En las administraciones anteriores, todo funcionario que llegaba al Departamento se ponía en contacto con nosotros para ver cómo le íbamos a entrar. Los enlaces de la delegación se ponían de inmediato en contacto con nosotros, agarraban cualquier revista especializada en la que nos anunciáramos y empezaban a hacernos llamadas telefónicas. Somos de tal delegación, queremos información acerca de su lugar, y si les dabas la información escueta ellos iban personalmente a checarlo. Una vez hecho esto, querían hablar con el propietario, directamente de la delegación, ahora sí con los pelos en la mano porque ya conocían el lugar, entonces te hacían notar problemas con el uso del suelo u otro tipo de situaciones de carácter legal que ellos manejaban luego en beneficio propio. Una vez que te habían dado el detalle de las fallas, te decían: hay una forma en que nos podemos arreglar, vamos a corregir las anomalías, vamos a llevar esto por buen camino, vamos a ver qué opina la Secretaría de Salud, todo esto para obtener algún provecho económico". Y añade, actualizando la reflexión: "La administración actual es menos corrupta, no sé si porque es nueva, o porque su proyecto no incluye la corrupción. Espero que así sigan, pero no se sabe nada todavía."

En opinión del actual delegado en la Cuauhtémoc, arquitecto Jorge Legorreta, la Ciudad es una expresión de la sociedad. La reglamentación debe tomar en cuenta la evolución de la sociedad, las necesidades de la gente, y cambiar con ella. Explica el delegado: "Es preciso señalar con toda claridad lo que se puede y lo que no se puede hacer. Saber por ejemplo, que se puede bailar, beber, tocarse, apapacharse, pero no son permitidas ni la práctica del sexo, ni el consumo de las drogas, ni las bebidas adulteradas, ni la prostitución infantil. Esas son actividades que tenemos que prohibir y que no corresponden incluso a las funciones de la delegación, por tratarse de delitos de orden federal." Respecto a la discrecionalidad con que operan los giros negros, añade: "Estamos acabando con eso, estamos otorgando las licencias, con todos los requisitos, lo vamos a cumplir, las vamos a dar sin ninguna condición. Algunos giros llevan meses, años, funcionando sin esas licencias, y eso es producto de la discrecionalidad, o simplemente las autoridades anteriores no querían firmarlas para mantener todo un mecanismo de corrupción. Eso se acabó."

Si ofreces condones eres un lenón, si los niegas, eres un cabrón

Una de las preocupaciones que manifiestan los dueños de bares y de centros donde existe una oferta sexual es la seguridad de la clientela. En principio, se trata de evitar que el cliente sea víctima de chantajes y extorsiones, y de brindarle protección en caso de operativos policiacos. Dice Héctor: "Imagínate, te llegan dos camiones de granaderos y 20 judiciales a revisar drogas y armas. Nosotros nos enteramos de un operativo, nos subimos en un taburete y les decimos a los clientes: 'Señores, hay esto, el que se quiera quedar, perfecto, no pueden llevárselos, es una revisión', les explicamos todo. Obviamente, el lugar se nos vacía por un rato. Esos operativos no deben existir. La policía sabe perfectamente dónde buscar armas y dónde buscar drogas. No es cuestión de que estén descubriendo lugares hasta ese momento ignorados."


Patricia Aridjis


Carlos Mamahua

Otra manera de proteger a la clientela es proporcionándole información oportuna sobre los riesgos de las ETS. En México, son muy pocos los giros comerciales con actividad sexual que lo hacen. Y esto obedece a varios factores, uno de ellos es la escasa colaboración entre dueños de bares y autoridades, tanto delegacionales como de salud, y otro, el temor a los grupos conservadores y a las uniones vecinales que consideran la promoción del condón como una apología de la prostitución. Señala el dueño de un bar: "Tenía condones gratis, a disposición de la clientela, hasta que me dijeron que en unos operativos en la Zona Rosa las autoridades habían presentado como evidencia de promover la prostitución el que los lugares vendieran condones. Por eso yo no vuelvo a tener condones. Imagínate, me ven aquí la caja de condones y yo quedo como lenón."

En relación con las campañas que promuevan el uso de condones en giros que facilitan la actividad sexual, existe un gran escepticismo. Es común escuchar entre los dueños de bares: "Hemos intentado muchas cosas, pero mientras la gente no quiera protegerse, uno no puede obligarlos." Daniela, una sexoservidora que frecuenta varios establecimientos del corredor comercial que es Insurgentes señala: "ningún dueño de bar me exige utilizar condones, esta es una decisión mía, para protegerme, pero a veces sí es difícil porque significa ganar menos dinero, ya que muchos clientes te pagan más si aceptas hacerlo sin condón."

Dificultades en la negociación del sexo seguro, asedio de campañas conservadoras que descalifican la eficacia del condón, problemas de autoestima entre quienes frecuentan los bares con actividad sexual y se niegan a protegerse, escasa voluntad de autoridades delegacionales y de salud para implantar en los giros mercantiles medidas emergentes de protección y salud pública, lentitud para otorgar licencias, incertidumbre de los empresarios frente a una situación política nueva. La vida nocturna capitalina se caracteriza por su dinámica incesante, su dilema entre la persistencia de la corrupción (más vale malo por conocido...) y la necesidad de un cambio, la paradoja de su diversidad y riqueza en medio de la crisis económica, y una exigencia de modernización que con todo parece ser el reclamo mayor de quienes la frecuentan ●

Periodista.

Representaciones históricas del orgasmo femenino

ENRIQUE DAVALOS LOPEZ


Henri Gervex


Salvador Dalí

A principios del siglo XX, el etnólogo británico B. Malinowski desconcertó a sus contemporáneos con las creencias sexuales de ciertos pueblos del Pacífico Sur, quienes desconocían, o mejor dicho, no estaban interesados en la participación del hombre en el proceso de procreación, pues consideraban que únicamente las mujeres tenían capacidad progenitora (Malinowski, 1932. *La vida sexual de los salvajes*).

La idea era escandalosa, pues los nativos de Melanesia desafiaban certezas y sensibilidades caras para Occidente. ¿Cómo podían los primitivos ignorar el semen masculino en la procreación? Y es que en el siglo XIX, la ciencia médica había reestablecido la función conceptiva del coito, a la vez que decidido que el orgasmo femenino era innecesario para la fecundación. Se trataba de una idea consolidada recientemente, apenas en el siglo XIX. En efecto, la sexualidad occidental tiene una larga historia que comienza a ser desentrañada. Y el orgasmo femenino es un buen ejemplo, como lo muestra el historiador Thomas Laqueur en su libro *Making Sex, Body and Gender from the Greeks to Freud* (Harvard University Press, 1990).

Procreación y placer femenino

Laqueur cuenta que en el siglo XVIII una joven cayó en estado de coma y todos la creyeron muerta. No obstante, un monje necrófilo se prendó de su belleza y "la poseyó" la noche del velorio; luego, el joven huyó sin saber que su amada había "resucitadó". La felicidad de los parientes era completa, excepto por el inexplicable embarazo de la muchacha. Tiempo después, el monje regresó, supo lo ocurrido, confesó su falta y desposó a la joven.

Laqueur sugiere que a mediados del siglo XVIII, la medicina veía este relato con escepticismo, pues parecía inconcebible que la mujer se embarazara sin haber participado activamente en el acto; es decir, sin placer y sin orgasmo. En cambio, los médicos que reexaminaron el caso 50 años después, ya en el siglo XIX, pensaron que la historia era completamente verosímil. A fines de la Ilustración, en el periodo entre estas dos interpretaciones, la ciencia médica dejó de pensar al orgasmo femenino como un fenómeno relevante para la procreación. Una sabiduría milenaria, que se remontaba a los griegos de la Antigüedad y que creía que "sin placer, ninguna cosa muerta venía a la vida" fue relegada al rango de una mera sensación exterior al proceso de procreación.

La discusión sobre el placer femenino no era nueva. Según el historiador Jean-Louis Flandrin (Juan Granica, 1984. *La moral sexual en Occidente*, Barcelona) los teólogos de los siglos XVI y XVII enfrentaron tremendas dificultades para conciliar el discurso cristiano con las creencias procreativas. En esa época, el influyente texto de Aristóteles, *La generación de los animales*, enseñaba que la concepción ocurría cuando el semen irrigaba, por así decirlo, la sangre menstrual. El proceso era independiente del placer femenino, pues el menstruo era producido involuntariamente en el cuerpo de la hembra. En cambio, el tratado de Galeno *De semine*, que era otra autoridad de la época, explicaba cómo el semen del varón se unía a otra clase de semen femenino a través del acto sexual. Así, no había fecundación sin placer. O en otras palabras, si el acto sexual no conducía al orgasmo de la mujer debía ser, en rigor, condenado por los moralistas cristianos, pues no "propiciaba la procreación".

Los teólogos católicos, explica Flandrin, no podían seguir del todo ni a Galeno ni a Aristóteles sin caer en complicadas dificultades doctrinales. Las ideas de uno concedían demasiada importancia al placer femenino, las del otro minaban los principios del sacramento matrimonial pues cuestionaban el débito conyugal. Como sea, los teólogos de la época llegaron a una solución intermedia: el placer femenino no era indispensable pero convenía para procrear hijos bellos y saludables.

No obstante, el asunto era escabroso, pues diluía las fronteras entre reproducción y lujuria. ¿Qué hacer si el hombre eyacula antes que la mujer?, ¿deben los esposos excitarse antes de la penetración? Hay riesgo de polución, advertía el teólogo Tomás Sánchez. ¿Entonces puede masturbarse la mujer después del coito? Los religiosos aquí vacilaban; unos lo reprueban rotundamente temiendo, por ejemplo, que el varón se sintiera con derecho a masturbarse. Otros teólogos lo toleran a pesar de los riesgos.

La diferencia de los sexos

En cualquier caso, para el siglo XIX la ciencia médica le había dado la espalda a las teorías de Galeno. ¿Cómo se definió el conflicto doctrinal? Laqueur indica que el descrédito del orgasmo femenino fue una manifestación de profundos cambios culturales operados en la sociedad burguesa. De la mujer medieval de sensualidad desbordante que debía ser refrenada por una rígida moral, se pasó a la idea de una mujer pasiva y desapasionada. Los valores tradicionales asociados a los géneros se trastocaron; ahora el hombre quería sexo y la mujer relaciones, cuando antes la amistad era atributo masculino y la carne femenino.

La descontinuación del modelo de Galeno —que concebía que ambos sexos tenían órganos genitales simétricos, interiores e imperfectos en la mujer, exteriores y cálidos en el hombre— expresó cambios fundamentales en la manera de considerar las relaciones entre los géneros. De un modelo vertical y jerárquico que veía dos clases de cuerpos similares, uno superior al otro, se pasó a un modelo horizontal que subrayaba la existencia de dos cuerpos y dos sexos radicalmente distintos. Un índice de este cambio, indica Laqueur, fue la invención decimonónica del concepto de *ovario*, en vez del antiguo *orchies*, también usado para nombrar a los testículos.

A fines del siglo XIX, escritores de todo tipo insistían en las diferencias físicas y morales entre hombres y mujeres. Incluso el biólogo P. Geddes dijo haber encontrado las diferencias celulares que hacían a la mujer pasiva, conservadora, perezosa y estable mientras que al hombre lo volvían activo, enérgico, pasional y variable. Se establecía una nueva relación entre cultura y naturaleza; los sexos habían sido diferentes desde el principio de la evolución, desde la existencia del primer protozoario.

El triunfo del "modelo de dos sexos", indica Laqueur, no se explica por el sólo avance científico. De hecho, la cronología de la ciencia no se corresponde con los cambios de las concepciones, pues la comprensión científica de la autonomía de la ovulación respecto del orgasmo fue posterior (aunque en el momento del cambio del modelo habría evidencias para apoyarlo). Más bien, hay que buscar las explicaciones en ciertos cambios culturales, como la desvaloración de la mujer y de la actividad procreativa. Es claro, dice el autor, que la diferencia y la semejanza habían estado en todos lados, de maneras más o menos explícitas, pero entonces lo que se consideró y destacó fue definido fuera de las fronteras de la investigación empírica.

En cualquier caso, la derrota del orgasmo femenino involucró un cambio fundamental, la ruptura de una antigua metafísica que situaba al ser humano, y a la calidad y delicias de su sexo, como parte del orden social y cósmico. El siglo XIX heredó sus nociones de sexo y procreación a esos lectores del siglo XX que descubrían asombrados las creencias de los salvajes de Malinowski. Claro, las creencias sexuales occidentales, históricamente construidas, quedaban entredichas ●

Historiador.

Agradecemos a la

Fundación John D. and Catherine T. MacArthur

por el apoyo brindado a nuestro proyecto

Letra S



La relación médico-paciente

LEE-ANGEL HARDY

La salud del paciente debería, por supuesto, ser de interés principal para el médico: tendría que estar dispuesto, al menos, a considerar seriamente algunas nuevas ideas o tratamientos que un paciente puede sugerir, por más inusitados que puedan parecer. Aquellos médicos que rápidamente desechan esas variantes, sin escuchar siquiera al paciente, no son los más calificados para tratar a un enfermo que presenta un cuadro de sida. Los pacientes con sida necesitan un médico dispuesto a ser su socio para diseñar una terapia coherente. Una relación de este tipo puede llegar a ser un arma poderosa para combatir la enfermedad. Los elementos que forman parte de esta relación son: **flexibilidad**, **imaginación** y **equilibrio**.

Flexibilidad

Por flexibilidad se entiende la capacidad de considerar nuevos enfoques para el tratamiento. En la terapia de la infección por VIH, la *flexibilidad* es de importancia vital tanto para el paciente como para el médico: la increíble diversidad del virus y la variabilidad de su curso difiere en cada caso. No existen dos pacientes que respondan a esta infección de la misma manera. Algunas personas con VIH viven mucho tiempo, con pocas infecciones oportunistas y una buena calidad de vida. Otros, en cambio, son lo opuesto: se deterioran rápidamente y son víctimas de las infecciones oportunistas. La mayoría de los pacientes está entre ambos extremos. La gran diversidad de resultados clínicos se debe a varios factores: diferentes cepas del virus, diferentes mutaciones virales según cada paciente, lo mismo que las diferencias físicas entre cada enfermo.

Sólo un médico que comprende la complejidad del sida puede ayudar al paciente. Un profesional que se niegue a estar al tanto de los últimos avances científicos, no está calificado parta atender a un paciente con sida.

Equilibrio

Los médicos deben recurrir al equilibrio si quieren ser exitosos en la lucha contra una enfermedad, lo cual significa actuar con prudencia y seguridad. Deben tener la precaución de producir el menor daño posible si el tratamiento no es el adecuado, pero no precavidos al punto de que sus pacientes mueran en espera de un tratamiento efectivo. Los médicos deben ser capaces de confiar en la opinión de sus pacientes y construir con ellos una estrategia coherente para lograr un tratamiento óptimo. No siempre existe esta confianza en la relación médico-paciente. De ser así, no vale la pena permanecer en manos de un profesional de esas características, pues equivale a una trágica pérdida de tiempo. El paciente debe evaluar críticamente el nivel de confianza que tiene con su médico. De no existir, deberá pensar seriamente en buscar otro profesional.

Por otra parte, los médicos deben estar claramente dispuestos a asumir algunos riesgos con los pacientes, pero en tanto y en cuanto no existan serios riesgos para la vida y la salud del mismo. Además, los riesgos deberán considerarse con antelación y ser adecuadamente evaluados. El *consentimiento* del paciente es absolutamente imprescindible.

El paciente, a la vez, debe lograr su propio equilibrio. Debe saber, de antemano, que no puede esperar milagros de su médico: eso no sucederá. Debe ser realista en sus expectativas para saber qué se puede y qué no se puede esperar de un tratamiento. Aceptar el fracaso de una terapia determinada es un aspecto importante, si esa aceptación parte de convicciones profundas. Es más positivo que echarle la culpa al médico. Por eso el paciente debe estar informado con respecto al VIH, lo cual implica lecturas, investigación, criterio. *No puede curarse aquello que no se conoce*. Por último, el paciente deberá formar parte de un grupo de autoayuda donde pueda discutir aspectos de la enfermedad con otras personas y no sólo con su médico. Ahí también podrá descargar sus temores y ansiedades. El paciente deberá ser activo y no pasivo. Esta actitud le permitirá, de ser necesario, cambiar de tratamiento.

Imaginación

Los pacientes portadores del VIH sufren la influencia de productos de la imaginación: por una parte, creencias, fuerza y confianza; por otra parte, temor, depresión y fantasías. Para quien padece una enfermedad como el sida, la confianza en el médico se transforma en una suerte de línea de vida que mantiene intacta la actitud positiva del paciente. Sin confianza, una persona con VIH puede transformarse en temerosa, proclive a la depresión crónica, o víctima de fantasías que la conducen a la hipocondría, es decir, la preocupación irracional con la enfermedad y la salud, creer que se está físicamente enfermo cuando la realidad es otra.

Para los pacientes, la confianza en la habilidad del médico se basa en el conocimiento. Este conocimiento se genera recopilando y leyendo toda la información posible acerca del VIH. Los pacientes deben ser alentados a continuar su estudio del sida por cuenta propia. El médico jamás debe creer que sus pacientes saben lo suficiente como para no preguntar lo que necesitan de su médico. La mayor parte, por desgracia, no lo sabe. Los pacientes desean desesperadamente creer que los médicos están llenos de sabiduría y tienen el poder suficiente como para curarlos. Cuando descubren que los médicos, en su mayoría, son impotentes para curar la infección por VIH, el paciente comienza a sentir la incertidumbre, la inseguridad, que sólo puede ser aliviada aprendiendo en profundidad cómo es la enfermedad, desmitificándola por completo.

Los médicos, por su parte, también tienen que estar dispuestos a aprender. Deben estar constantemente al día en materia de información, ya que la información acumulada acerca del virus cambia casi diariamente. Los médicos que alcanzan y mantienen este nivel de lectura han demostrado ser más exitosos en el tratamiento de enfermos con VIH.

La cooperación entre médico y paciente, dada la naturaleza de la enfermedad, es de fundamental importancia ●

Director ARIC, Inc.
Tomado de *Sida-HIV News*.

AIDS

No importa el nombre
de la enfermedad
sino el golpazo de la noticia
y tamaña tristeza
tan pesada y tanta
que me olvidé de llorar.
Rumbo al hospital
encuentro niños en el parque
comen algodón rosado y ríen
yo sé que ríen
y sé que alguna vez conocí la risa.
A mi amigo le han prohibido
medicamentos antidepresivos.
Debe aceptar que tiene vida.
Mi visita lo sorprende
y me olvida de inmediato.
Trabaja de prisa
en la construcción de un mundo
propio, aislado, secreto, abrigador
donde pueda vivir
mientras se muere.

Juan Ascencio

Fonsida: Un apoyo para quien más lo necesita


Carolyn Jones

En un esfuerzo conjunto entre autoridades de salud y organismos no gubernamentales (ONG), el pasado viernes 27 de febrero, el doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, y el doctor Alejandro Cravioto, director de la Facultad de Medicina de la UNAM y actual presidente del Fonsida, A.C., instauraron en el Hospital Infantil el proyecto Fonsida, A.C.

De acuerdo al proyecto inicial elaborado por el doctor Antonio J. Caso M., cuyo objetivo fundamental es brindar una alternativa financiera para el pago de los costos que implica la atención médica de la población abierta, afectado por el síndrome de inmuno deficiencia adquirido (sida), que no cuenta con los servicios de la seguridad social o con recursos suficientes para cubrir los costos que implica esta enfermedad.

En su etapa incial se atenderá al 100 por ciento de los niños y mujeres embarazadas. Por este motivo, el proyecto Fonsida es un aliciente para todos aquellos que, por azares del destino, tienen que enfrentarse a esta enfermedad. Cabe señalar que a este proyecto se han unido instituciones diversas comprometidas con la sociedad y el desarrollo de nuevos fármacos, como es el caso de los laboratorios **Bristol-Myers Squibb**, que donó el tratamiento para diez niños durante un año completo del mismo, lo que representa un estímulo de más de 120 frascos de Zerit® (d4T) de 15 mg con un costo mayor de 10 mil dólares. Esta casa farmacéutica que además maneja ddI (Videx®) desarrolla un tercer fármaco para contrarrestar este mal. Como se sabe, el d4T, pertenece a una clase de drogas conocidas como análogos de los nucleósidos que trabajan interfiriendo con la acción de la transcriptasa, una enzima que el VIH emplea para replicarse. El d4T ofrece diversas ventajas como toxicidad mínima, no tiene restricciones en cuanto a la ingesta con otros fármacos, reduce la carga viral, tiene un mejor desarrollo en el tratamiento del sistema nervioso y a la fecha no ha mostrado señales de resistencia.

Cabe recodar que el pasado 25 de agosto, autoridades de los laboratorios **Bristol-Myers Squibb**, en Princeton, Nueva Jersey, dieron a conocer la noticia que la Unión Europea aprobó el uso de Zerit (d4T, stavudina), tanto en niños como en adultos, como parte de la terapia combinada en el tratamiento inicial del VIH, causante del sida.

Como se sabe, las terapias actuales antisida contemplan al AZT como tratamiento base, sin embargo, la autorización del Zerit ampliará el abanico de alternativas terapéuticas para los pacientes. El tratamiento de primera línea aprobado por la Comisión Europea establece el uso de d4T como tratamiento inicial para la infección por VIH, cuando se utilice en combinación con otros análogos de nucleósidos, con o sin ingesta de un inhibidor de proteasa.

La decisión se basó en datos recientes provenientes de estudios clínicos con Zerit en adultos y niños, quienes demostraron que la combinación que incluía d4T puede reducir la carga viral, incluso, a niveles indetectables, y un incremento en las células CD_4. Ambos factores son marcadores definitivos de una mejoría en la infección.

Se estima que poco más de 2.6 millones de niños y 21.8 millones de adultos, alrededor del mundo, se encuentran infectados con el VIH. En Europa, cerca de 10 mil casos de pacientes pediátricos con VIH se han reportado desde septiembre de 1996 y más de 191 mil casos de adultos han sido reportados desde abril de 1997. De manera reciente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estimó que aproximadamente mil niños alrededor del mundo se infectan cada día con el VIH.

La aprobación de este medicamento es particularmente significativa, pues los datos demuestran que la secuencia en la aplicación de las terapias antirretrovirales, es crucial para mantener las opciones futuras de tratamiento. Los estudios muestran que los pacientes expuestos previamente a una terapia con AZT, pueden ver reducida la efectividad de una terapia subsecuente con d4T, reforzando la necesidad de considerar una terapia combinada basada en d4T cuando se inicie el tratamiento.

En niños, el d4T ha mostrado ser bien tolerado y conveniente. Puede administrarse dos veces al día como forma líquida y penetrar al sistema nervioso central del menor. De cualquier forma, los estudios se encaminan hacia el establecimiento de la seguridad y eficacia del d4T en combinación con otros tratamientos contra el VIH, incluyendo inhibidores de proteasa. Los datos preliminares de esta terapia, doble, triple y hasta cuádruple en niños y adultos, también se incluyen en los estudios de la Comisión Europea.

Como se sabe Zerit se encuentra disponible en Estados Unidos desde junio de 1994, en Europa desde mayo de 1996, en México y en diversas partes del mundo desde junio de 1997 ●

LA SECRETARIA DE SALUD INFORMA

Mujeres y VIH/sida

Desde el inicio de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, hasta fines de 1996, se han registrado 8.4 millones de casos de sida en el mundo, 40 por ciento de los cuales corresponden a mujeres. El tema mujer y sida empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos y autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo. En países de Africa como Rwanda, Uganda, Zambia y Malawi, se ha encontrado que de 20 a 30 por ciento de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH y en el Africa Subsahariana existen seis mujeres con sida por cada cinco hombres.

En México se han reportado 4,361 casos de sida en mujeres acumulados desde el inicio de la epidemia al 1 de enero de 1998, correspondiendo a 14 por ciento del total de los casos registrados. Las entidades donde se ha presentado el mayor número de casos en mujeres son: Distrito Federal, Estado de México y Puebla y el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 20 y los 44 años.

Actualmente existe una tendencia a la heterosexualización del sida en países donde, al inicio de la epidemia, había un número mucho mayor de casos en hombres que en mujeres. En Francia, por ejemplo, el porcentaje de sida en mujeres pasó de 12 a 20 por ciento en diez años. En ese mismo lapso en España subió de 7 a 19 por ciento y en Brasil de 1 a 25 por ciento. En México, en 1986, había 30 casos en hombres por un caso en mujeres. Esta razón ha disminuido y ha dado como resultado que desde 1988 exista por cada seis casos de sida en hombres uno en mujeres. Este aumento de casos en mujeres se explica por una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH con respecto a los varones, determinada por factores biológicos, epidemiológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres. Una de las razones de esta mayor vulnerabilidad es la magnitud del inóculo. El semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada. Por otro lado, el epitelio vaginal y rectal es mucho más vulnerable a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos, con una superficie de contacto mucho mayor.

Existen, además, algunos factores epidemiológicos que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de infección. Las mujeres suelen casarse o establecer relaciones de pareja con hombres mayores que ellas, que por lo general han tenido más experiencias sexuales y, por tanto, una mayor probabilidad de haberse infectado con el VIH. Otro factor epidemiológico se refiere al hecho de que las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres, sobre todo en función de complicaciones durante el embarazo y/o parto.

Sin embargo, son los factores sociales los que probablemente ponen más en riesgo a las mujeres. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los géneros, que se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social. La desigualdad de oportunidades educativas y laborales de las mujeres, aunada a la persistencia de estos roles genéricos tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/sida tiene consecuencias graves.

Muchas mujeres no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo. Y para aquéllas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo es difícil negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio.

Uno de los indicadores que permiten entender las consecuencias del sida entre las mujeres mexicanas, es que esta enfermedad ocupó en 1997, el 11 lugar como causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras 20 causas de muerte.

Acciones orientadas a la prevención y detección temprana del VIH/sida en mujeres

Ante este panorama, la Secretaría de Salud (Ssa), a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), se ha comprometido en la realización de acciones específicas orientadas a la prevención o detección temprana del VIH/sida en mujeres.

- Se ha asegurado el acceso gratuito a tratamientos al 100 por ciento de las mujeres embarazadas infectadas con VIH, como parte de un programa de prevención de la transmisión perinatal.
- Conasida promueve permanentemente la investigación en grupos de mujeres. Actualmente desarrolla el proyecto "Mujer, embarazo y VIH/sida: el riesgo de portar VIH y el proceso de gestación" cuyo objetivo es identificar situaciones de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas a la infección por VIH y conocer sus representaciones acerca del riesgo de portar el virus y de su transmisión vertical.
- Se ha elaborado material impreso específico para mujeres, como el tríptico "Sólo para mujeres" y diversos capítulos en libros y revistas para la atención médica de este grupo.
- Se realizan encuestas centinela en sexoservidoras, mujeres embarazadas y en aquéllas que presentan prácticas de riesgo.
- Se han realizado cambios de normas y reglamentación en comercio sexual.
- Actualmente se lleva a cabo una intervención educativa con sexoservidoras en la frontera Sur, con el objeto de dar empoderamiento y desarrollar técnicas de negociación con sus clientes y parejas sexuales. Asimismo, en todas las intervenciones educativas que ha realizado Conasida desde 1996 se ha incluido la perspectiva de género ●

Para servirle a usted

Servicios en sida en la Ciudad de México

En esta ocasión ofrecemos un directorio de instituciones y organizaciones civiles (OC) y comunitarias con servicio de atención en sida en la Ciudad de México. Por razones de espacio sólo aparecen las organizaciones que proporcionan servicios comunitarios directos y de forma gratuita y/o que tienen un eje específico en sida en su trabajo y no como complementario a su labor principal. Ayúdenos a completar el directorio verificando los servicios anunciados. Para informes llame a Telsida: 207-4077o al 01(800)9-0832.

Gubernamentales

Conasida/Ssa
Centros de Información
En estos centros encontrará los servicios de pruebas de detección de anticuerpos del VIH y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Consultas médicas y psicológicas. Protocolos de tratamientos de efectividad de medicamentos, y grupos de autoapoyo, entre otros.
Zona Sur
Calzada de Tlalpan N°4585 1er. piso
Col. Toriello Guerra
14000, México, D.F. Tel.: 528-2103
Zona Norte
Flora N°8. Col. Roma
06700, México, D.F.
Tel.: 207-4503
Centro San Simón
San Simón N°94
Col. San Simón
03300, México, D.F.
Tel.: 674-1845

Organizaciones civiles

Albergues de México, I.A.P.
Saltillo N°39, altos
Col. Hipódromo Condesa
06100 México, D.F.
Tel: 286-2622/Fax: 286-7336
Ermita Ajusco: 846-2894 • 846-2895
Albergue para enfermos sin recursos. Grupo de autoapoyo, banco de medicamentos, boletín informativo, entre otros.
AMAC
Acción Humana por la Comunidad, A.C.
Rep. de Bolivia N°5
Col. Centro
06020, México, D.F.
Tel./Fax: 772-0778
Capacitación y seguimiento de promotores de redes comunitarias de apoyo práctico y emocional a personas con sida, preferentemente a hombres gay. Banco de medicamentos, entre otros.
AMSAVIH, I.A.P.
Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH/sida, I.A.P.
Av. Insurgentes Sur N°76 int. 102-103
Col. Juárez. 06700, México, D.F.
Tels./Fax: 525-7417 • 514-6239
Atención médica. Odontología, oftalmología, proctología, ginecología, dermatología, hematología y endocrinología. Apoyo psicológico y enfermería ambulatoria. Banco de medicamentos. Otros.

Casa de la Sal, A.C.
Córdoba N°76. Col. Roma. 06700, México, D.F. Tel.: 514-0628/Fax: 207-8042
Atención psicológica. Grupo de autoapoyo. Atención médica y banco de medicamentos. Albergue infantil temporal y definitivo.
Capssida, A.C.
Centro de Atención Profesional a Personas con Sida, A.C.
Miravalle N°715. Col. Portales Oriente
03570 México, D.F. Tel./Fax: 672-4642
C. electr.: cappsida@mpsnet.com.mx
Detección de VIH/sida, ETS y cáncer cérvico-uterino. Atención domiciliaria y capacitación para apoyo domiciliario.
CURAS
Comunidad Unida en Respuesta al Sida, A.C.
Manzanillo N°81 1er. piso
Col. Roma. 06760, México, D.F.
Tels.: 264-7363 • 264-8443/Fax: 584-7577
Servicio médico y psicológico. Grupos de autoapoyo. Terapias alternativas.
Enfermos Anónimos en Recuperación, A.C.
Aztecas N°49. Barrio La Asunción
Iztapalapa. 09220, México, D.F.
Tel.: 685 5975
Albergue gratuito para enfermos sin hogar, apoyo emocional y familiar.
Fundación Diarq contra el Sida, A.C.
Av. Fray Servando Teresa de Mier N°104
Col. Centro. 06010 México, D.F.
Atención a infantes con VIH/sida. Albergue.
Fundación Mexicana de Lucha contra el sida, A. C.
Calle 19 N°75. Col. San Pedro de los Pinos. 03800, México, D.F.
Tel.: 515-7913/Fax: 273-3807
Atención médica y odontología. Asesoría psicológica Consejería pre y post prueba de anticuerpos. Atención domiciliaria. Enfermería ambulatoria. Grupos de autoapoyo. Defensoría en derechos humanos y programa de atención en cárceles.

Organización de Atención Integral en sida
Dr. José Terres N°71. Col. Doctores
06720, México, D.F. Tel.: 588-7785
Apoyo a mujeres. Consejería, grupos de autoapoyo. Talleres productivos.
Ser Humano, A.C.
Niños Héroes N°151. Col. Doctores
07020 México, D.F.
Tels.: 578-7406 • 578-7423
Fax: 578-7423
Consulta externa. Atención médica y psicológica. Albergue y visita domiciliaria.
Salud Integral para la Mujer
Vista Hermosa N°89. Col. Portales
03300, México, D.F.
Tels.: 539-9674 • 539-9675 • 539-9676
C. electr.: sipam@laneta.apc.org
Apoyo integral a mujeres. Detección de VIH/sida y ETS. Asesoría ginecológica y psicológica. Programa de radio.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Grupos de apoyo

FrenpaVIH
Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH
Calle 19 N°75
Col. San Pedro de los Pinos
03800 México, D.F.
Tel. 515-7913
Fax: 273-3807
Organización social para el acceso a medicamentos para todos.
Grupo Alegría de Vivir
Clínica Hospital 29 IMSS
Trabajo Social
Av. 510 N°100
Col. San Juan de Aragón
07720 México, D.F.
Tel.: 551-4011 exts. 130 y 123
Fax: 760-2355
Grupo de autoapoyo, apoyo emocional.
Grupo Clínica 10/IMSS
Calzada de Tlalpan N°931
Col. Niños Héroes de Chapultepec
03440 México, D.F.
Tels.: 579-6122 • 579-6130 ext. 211
Fax: 516-8604
Dar seguimiento a la enfermedad. Apoyo emocional. Derechos Humanos.
Grupo Padrinos
Instituto de Higiene N°58-3
Col. Población Popotla
11400, México, D.F.
Tels.: 260-2262 • 585-8526
Compañía domiciliaria.

Agenda

RADIO

Kelly, lammoglia y la Familia
Lunes a viernes de 9:30 a 12:00 hrs.
Salud emocional de la Familia
Organización Radio Fórmula: 1500 AM
Tels.: 282-1098 • 282-1129
Fax: 281-4740

7º Sentido
Todo en sexualidad
Lunes a viernes de 22:00 a 23:00 hrs
Organización Radio Fórmula: 1500 AM
Tels.: 282-1129 • 282-1098
Radio Fórmula 103.3 FM
Tels.: 280-2439 • 281-4884

22 de abril
Presentación del libro
Laredo Song
De Joaquín Hurtado
Ediciones Conarte y Conaculta.
Participan: Marta Lamas, Tito Vasconcelos y Eduardo Parra
A las 19:00 hrs.
*Casa del Tiempo
Universidad Autónoma Metropolitana
Pedro Antonio de los Santos No. 84
Col. San Miguel Chapultepec
(Cerca metro Juanacatlán)
Para mayores informes comunicarse al teléfono: 515-0021

II ENCUENTRO NACIONAL ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES CON TRABAJO EN SIDA

LA TRINIDAD, TLAXCALA, DEL 26 AL 29 DE ABRIL DE 1998
INSCRÍBETE CUANTO ANTES

MÁXIMO DOS ASISTENTES POR ASOCIACIÓN, COSTO POR CADA PARTICIPANTE $250.00 M.N.
INCLUYE TRANSPORTACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO A LA TRINIDAD Y REGRESO, HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN, MATERIALES Y MEMORIAS.
ACTIVIDAD PARA DIRIGENTE DE ONG CON TRABAJO EN SIDA

DEPOSITA EL IMPORTE DE TU INSCRIPCIÓN EN LA CUENTA: DE CÁRITAS, I.A.P. NÚMERO 684360-1 EN SUC. 242 D.F. DE BANAMEX

ENVIA TUS DATOS Y COPIA DE LA FICHA DE DEPÓSITO AL FAX: 659-0166
FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN: 10 DE ABRIL DE 1998

AMIGOS CONTRA EL SIDA, APRENDIENDO A VIHVIR DE CÁRITAS, AVE DE MÉXICO, CAPPSIDA, LA CASA DE LA SAL, UNIDOS CONTRA EL SIDA.

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal - I Legislatura,
a través de la fracción parlamentaria del Partido de la Revolución Democrática

CONVOCA

a todas las organziaciones sociales, instituciones académicas, artísticas, intelectuales y población en general; al

PRIMER FORO SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL Y DERECHOS HUMANOS

(Orientación Sexual y Expresión Genérica)

a realizarse los días 12, 13 y 14 de mayo, en el Salón Verde del recinto legislativo, sito en Allende y Donceles s/n, Col. Centro.

TEMAS

1. Discriminación, homofobia y construcción de género
2. Diversidad sexual, educación y cultura
3. Derechos humanos y derechos sexuales
4. Derechos civíles
5. Políticas públicas y programas

OBJETIVOS

A) Elaborar propuestas legislativas que reformulen, adicionen o deroguen diversas leyes o códigos que cotribuyan a eliminar toda forma de discriminación por motivo de orientación sexual.

B) Promover políticas públicas que garanticen la aplicación de las leyes, así como la elaboración de programas dirigidos hacia el sector de los homosexuales, lesbianas, bisexuales, transgénero en los rubros de educación, cultura y salud.

BASES:

1. Las ponencias deberán ser presentadas por escrito, en un máximo de cinco a diez cuartillas (y un resumen de tres cuartillas para exponer), que contengan: A) Problema o exposición de motivos, B) Fundamentación para el cambio, C) Propuestas concretas de modificación a las leyes (Código Penal, Civil u otras) del D.F. especificando claramente la instancia legal y los artículos a los que se haga referencia.
   Podrán ser entregadas personalmente en original a más tardar el día 30 de abril de 1998 en la oficina 305 de la ALDF - I Legislatura, ubicada en Plaza de la Constitución N°7, Col. Centro.
2. La exposición de ponencias y argumentaciones a las mesas de trabajo, deberán ser concretas y limitarse a un tiempo máximo de 10 minutos.
3. Los aspectos no previstos en la presente convocatoria serán resueltos por la Comisión Organizadora.

Para mayor información comunicarse a los teléfonos: 512-7239 directo y 521-8011 ext. 304

Atentamente

Dip. David Sánchez Camacho